

PAPER DETAILS

TITLE: Akneiform Erupsiyonlar

AUTHORS: Pinar BASAK

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196379>

Akneiform Erupsiyonlar

Pınar Yüksel Başak¹

¹Yrd. Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, ISPARTA

Özet

Akne vulgarisin belirgin klinik özelliklerine benzer görünümde olup daha nadir rastlanan bir grup hastalık akneiform erupsiyonlar olarak adlandırılır. Yanlış tanı sonucu tedavide başarısızlık oranının yüksek olması nedeni ile olağandışı özellikte ve tedaviye dirençli akne vulgaris dışındaki erupsiyonların biyopsi ve kültürle ayırt edilmesi gereklidir. Burada literatür gözden geçirilerek akne benzeri görünümünün izlendiği farklı patolojik tablolar sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akneiform Erupsiyonlar

Acneiform Eruptions

Abstract

Because of the ubiquitous nature of acne vulgaris, less common disorders that clinically resemble this condition are occasionally misdiagnosed and therefore treated unsuccessfully. This group of disorders is collectively referred to as the acneiform eruptions and includes a large number of diverse pathologic processes. For this reason biopsy and culture of these lesions may be helpful in establishing a correct diagnosis and determining proper treatment.

Key Words: Acneiform eruptions

Akneiform terimi akne vulgarisi andıran, ancak etyolojik açıdan benzerliği olmayan erupsiyonları tanımlamak için kullanılır (1,2). Akneiform erupsiyon (AE) folliküler bir reaksiyon olup genellikle papül ve püstül şeklinde başlayan enflamatuvar lezyonlardır. Akne vulgaristen; ani başlaması, vücudun çeşitli bölgelerinde ve yaygın yerleşmesi, olağandışı lokalizasyonları (ön kol, kalça gibi), lezyonların monomorfik özelliği, adolesan yaş grubu üzerinde de saptanması ile ayrılır. Bu reaksiyonlar ilaç, enfeksiyon veya eksternal faktörlerle indüklenebildiği gibi belli bir nedene bağlı olmaksızın da ortaya çıkabilir (1,3,4).

1-Akne Medikamentoza

AE'dan sorumlu olabilecek çok sayıda ilaç mevcuttur. Genellikle yüz, ekstremitelerin distalinde ve gövdede, monomorfik görünümde lezyonlardır. Komedon oluşumu seyrek ve çoğunlukla püstüllerin ardından sekonder geç lezyon halinde ortaya çıkar. İlaç kullanımı öyküsü ve bazen sistemik ilaç toksisitesine ait bulguların varlığı, ilacın kesilmesiyle skar bırakmaksızın iyileşmeleri tanıya yardımcı olabilir. AE'a yol açan ilaçlar aynı zamanda var olan akneyi de alevlendirebilir (1, 5-10). Bu ilaç grubu şu şekilde sınıflandırılabilir:

a-Steroidler (Steroid aknesi): Oral/Topikal steroidler

Pilosebace kanalın üst kısmında kornifikasyonu indükleyip oklüzyona yol açarlar. Organ

transplantasyonu, çene cerrahisi veya onkolojik tedavi sonrası steroid kullananlarda akne oluşumu bildirilmiştir. Tipik olarak tedavi başlangıcından sonra 2 hafta içinde izlenir. Monomorfik papüler lezyonlar ve komedon seyrekliği akne vulgaristen farklıdır (1,5,6).

b-Hormonlar (Doping aknesi): Androjenler arasında yer alan anabolik steroidler (danazol, testosteron) ve gonadotropinler sebum salınımını ve *Propionibacterium acnes* kolonizasyonunu artırır (1,5,7).

c-Halojenler (Halojen aknesi): Bromidler/Halotan

Halojen içeren soğuk algınlığı ilaçları, ekspektoranlar, sedatifler, analjezik ve vitaminler sorumludur. Reaksiyon püstüler olma eğilimindedir ve maruziyete son verildikten sonra ortalama 2 yıl içinde düzelir (1,4,5,7).

d-Antiepileptikler:

Fenitoin, Fenobarbital, Troksidon

e-Antitüberküloz ilaçlar: İzoniazid, Rifampisin

f-Diğer (1,8,10):

Asiklovir
Amitriptilin
Amineptin
Amoksepin
Azatiyoprin

Metotreksat
Propranolol
PUVA
Penisilamin
Retinoidler

Altın	Siklosporin A
Alfa interferon	Sülfür
Disulfram	Sefalosporinler
Dilantin	Setirizin
Deferoksamin	Siprofloksazin
Diltiazem	Tiyourasil
Diazepam	Tiyöre
Eritromisin	Tetrasiklinler
Famotidin	Trazodon
Fluoksetin	Valproik asit
Folik asit	Verapamil
Haloperidol	Vinblastin
Kinidin	Vitamin B1, B6,
Kloral hidrat	B12, D2
Klofazimin	Zidovudin

Lityum: AE, lizozomal enzim salınımı veya artmış nötrofil kemotaksis zincirine bağlı olarak ortaya çıkar (11).

Aktinomisin-D: Az sayıda olguda yüz ve gövde üst kısımlarında AE bildirilmiştir (9).

Talyum: Talyum intoksikasyonunda sistemik semptomların ardından 1. hafta içinde genellikle yüz ve ekstremitelerde AE ortaya çıkabilir. Lezyonlar nekrozla sonuçlanacak şekilde şiddetli olabilir (12).

Güneşten koruyucu kremler: Avustralya'da yapılan bir çalışmada düşük oranda da olsa AE yapabilecekleri bildirilmiştir (13).

İlaça bağlı geliştiği düşünülen ve klinik görünimleri ağırlıklı olarak püstüllerle karakterize bazı hastalıklar ise şunlardır:

Akut jeneralize ekzentamatöz püstüloz (Toksik püstüloz)

Altmışüç hastalık bir seride etyolojik olarak % 87 oranında ilaçlar suçlanmış ve olguların % 80'inde antibiyotikler (ampisilin, amoksisilin, doksisiklin, eritromisin, vankomisin) sorumlu bulunmuştur. Nifedipin, diltiazem, metronidazol, karbamazepin ve aspirin ile alevlenen olgular da bildirilmiştir (8). Püstüloz, ilaç alındıktan 24 saat sonra yüz veya fleksural bölgelerde başlayıp ateşin yükselmesiyle birlikte yayılır. Yüzde 32 oranında reverzibl böbrek yetmezliği gelişebilir. Jeneralize toksik püstülozdan ayırıcı tanısında püstüler psoriasis düşünülmelidir (2).

Eozinofilik püstüler follikülit (Ofuji)

Serebral aktivatör indeloksazin hidrokloride bağlı gelişebilir. Yüz, gövde ve üst ekstremitelerde asimetrik yerleşen, gruplaşma eğilimindeki

pruritik papülopüstüler lezyonlarla karakterizedir. Olguların çoğunda AIDS ile birliktelik saptanmıştır (2,4).

2-Gram Negatif Follikülit

Aknenin uzun süreli geniş spektrumlu antibiyotik ile tedavisi sonucu gelişen bir komplikasyondur. Burun deliklerinden yayılan 3-6 mm. çaplı yüzeysel püstüller veya derin nodüllerle karakterizedir. Burun ve lezyon kültürlerinde gram (-) mikroorganizmalar (E-coli, klebsiella, proteus, psödomonas) saptanır.

Püstüllerle seyreden (püstüler follikülit) akneli hastaların % 1'inde *Staphylococcus epidermidis* yüksek oranda izole edilmiştir. Benzeri reaksiyon tetrasiklin kullanan bir hastada da bildirilmiştir (1,4,5).

Psödomonas aeroginoza folliküliti

Yüzme havuzu veya hamama gitme öyküsü ardından ortalama 6 saat-5 gün içinde gövde yan kısımları, meme ve uçları, ekstremitelerin proksimalleri ve kalçalarda ortaya çıkan pruritik folliküler papül, püstül veya veziküler lezyonlarla karakterizedir. Deri bulgularına ateş, halsizlik, kulak, boğaz, baş ağrısı eşlik edebilir (1,7).

3-Eksternal İndüklenen Akneler

a-Kozmetik aknesi: ABD'de komedojenik kozmetiklerin çok fazla kullanılması nedeniyle Avrupa'ya oranla daha fazla görülür. Lezyonlar genellikle adolesan dönemde aknesi olan ve uzun süreli kozmetik kullanan kadınlarda erişkin çağda perioral bölgede izlenir. Özellikle lanolin, vazelin, bazı bitkisel yağlar, bütülestearat, lauril alkol ve oleik asit içeren kozmetikler sorumlu bulunmuştur (5).

b-Pomat aknesi: Kozmetik aknesine benzer lezyonlar yanında alın çevresinde ve yağlı pomadın yayıldığı saçsız alanlarda enflamasyon olmayan lezyonlar da mevcuttur (5).

c-Mesleki akne: Nadir görülen bu form, özellikle erkeklerde yağ ve katranla temas eden bölgelerde (uyluk ve kolda belirgin) temastan sonra 6 hafta içinde beliren komedon ağırlıklı olmak üzere papülopüstüler ve kistik lezyonlarla karakterizedir. Mühendislik endüstrisinde kullanılan saf olmayan parafin karışımları, ham petrol, ağır kömür katranı ve su distilatları, asbest ve DDT neden olabilir (5,7,9).

d-Klorakne: Toksik klorlanmış hidrokarbonlara maruziyet sonucu oluşan genellikle yüz temporal bölgelerde simetrik yerleşen multipl

komedonlarla karakterizedir. Nodüler ve püstüler lezyonlar skalp ve bacaklarda da görülebilir. Pigmentasyon, porfiri benzeri lezyonlar, hipertrikoz, palmoplantar hiperhidroz, oftalmik bulgular eşlik edebilir. Sistemik bulgular daha seyrektr. Maruziyetten yıllar sonra bulgular devam edebilir (4,5,7,9).

e-Mekanik akne: Fiziksel travma bölgesinde aknenin oluşmasıyla karakterize bir grup hastalıktır. Saç bantları ve balıkçı yaka kazakların temas ettiği deri bölgesinde, keman çalan kişilerin boyunlarında, uzun süre yatmak zorunda kalan adolesan dönem hastalarda (immobilizasyon aknesi) gelişebilir (5).

f-Deterjan aknesi: Bu durum, aknesi olan ve iyileşmesini hızlandırmak düşüncesiyle her gün çok sayıda yıkanan kişilerde belirgin papülopüstüler lezyonlarla karakterizedir. Hekzaklorofen gibi bakteriyostatik sabunların zayıf akne yapıcı bileşenleri sorumlu olabilir (5).

4-Tropikal Akne (Hidrasyon aknesi, Mallorca aknesi, akne aestivale)

Nadir görülen, baharda başlayıp yazın artan ve sonbaharda kaybolan, yanaklardan boyun, omuzlar ve kol üst kısımlarına yayılan sert, papüler lezyonlardır. Sıcak veya nemli havada yapılan bir tatil sonrasında bazen komedojenik güneşten koruyucu kremlerin de etkisiyle görülebilir. Benzeri durum sıcak ve nemli ortamda çalışanlar için de geçerli olup var olan akne lezyonları alevlenebilir (4,5).

5-Akne Nekrotika

Puberte sonrasında (30-50 yaş) gelişen, etyolojisi bilinmeyen, en sık saçlı deri çizgisi ve temporal bölgede olmak üzere, burun, yanaklar, göğüs ve sırtta da yerleşebilen şiddetli kaşıntı ile karakterize bir hastalıktır (1,4). Yüzeyel formu akne nekrotika miliaris, skar bırakan derin formu ise akne nekrotika varioliformis olarak adlandırılır. Miliar formda vezikülopüstüller, varioliformis tipinde ise santral kısımları nekrotik, göbekli papüller ve hemorajik krutlar belirgindir. Ayırıcı tanıda gram negatif follikülit, lupus miliaris disseminata fasiei, ekzema herpetikum, Ofuji hastalığı, papülonekrotik tüberkülid ve tersiyer sfiliz düşünülmelidir (14).

6- Şiddetli Akne Varyantları

a-Pyoderma fasiale (rozasea fulminans): Nadir görülen, orta şiddette rozasea seyri sırasında lezyonların aniden püstül ve nodül tarzında artışı ile karakterizedir. 20-40 yaş arası kadınlarda stres

dönemini takiben ortaya çıkar. Akne fulminansdan farkı sistemik semptomların olmayışdır (5).

b-Akne konglobata: Nadir görülen bu ciddi form genellikle erkeklerde nodül, multipl sinüs, gruplaşmış siyah komedonlar ve yaygın skar dokusuyla karakterizedir (5).

c-Akne fulminans: Akut febril ülseratif akne konglobata olarak tanımlanabilir. Genç erkeklerde özellikle gövdede aniden ortaya çıkan yaygın enflamatuvar lezyonlardır. Ateş, poliartropati, lökositoz, kilo kaybı, anoreksi, halsizlik, ağrılı splenomegali, eritema nodozum eşlik edebilir (5).

7-Diğer

a-Endokrin akne: Klinikte birer endokrin hastalık olarak bilinen Cushing, adrenogenital sendrom, polikistik over sendromu olgularında izlenen AE için kullanılır (5).

b-İnfanıl veya juvenil akne: Genellikle erkeklerde 3-24 ayda ortaya çıkıp 5 yaşa kadar devam eden, özellikle yanaklarda lokalize komedonlar ve papülopüstüler lezyonlardır (5).

c-Pilosebaze nevoid hastalıklar (5):

Nevus komedonikus: Skalp, yüz, gövdede genellikle lineer yerleşimli, gruplaşmış büyük komedonlardır. Nadiren enflamatuvar akne lezyonları da bulunabilir. Doğumda var olmakla birlikte sonraki dönemlerde de gelişebilir.

Akne ve non-akne nevi: Sırttaki ciddi akne lezyonlarının ortasında simetrik sağlam bir deri alanı ya da sırtın bir tarafına lokalize akne şeklinde tanımlanmıştır.

Solar (Senil) komedonlar: Yaşlanmayla birlikte periorbital bölgede özellikle güneş ışığına uzun süreli maruziyet veya radyoterapi sonucu ortaya çıkar.

ç-Akne agminata (lupus miliaris disseminata fasiei): Etiyolojisi bilinmeyen, nadir görülen, dirençli, monomorfik, kahverengi papüllerle karakterizedir. Alın, şakaklar, yanaklar, çene ve göz kapaklarında simetrik yerleşir (9).

d-Perioral dermatit: Nazolabial oluk, çene ve üst dudakta yerleşen, eritemli papüler bir erupsiyondur (9).

e-Rozasea: Burun, yanaklar, çene ve alında eritem, telenjektazi, papülopüstüler lezyonlarla karakterizedir (9).

f-Perforan follikülit: Kol ekstansör yüzleri, kalçalar ve uyluklarda eritematöz folliküler papüllerin asemptomatik erupsiyonudur. Üzerle-

rindeki keratotik tıkaç kaldırıldığında kanayan bir krater zemini izlenir. Ayırıcı tanısında keratozis pilaris, pyojenik follikülit ve Kyrle hastalığı düşünülmelidir (4).

g-Elastosis perforans serpiginoza: Özellikle 2. dekatta erkeklerde boyun, yanaklar, gövde ve ekstremitelerde serpiginoz tarzda yerleşen göbekli akneiform papüllerle karakterize bir reaktif perforan dermatozdur. Yıllarca sebat edebileceği gibi atrofik skar bırakarak iyileşebilir (15).

h-Eruptif vellus kıl kisti: Sporadik olgular ilk 2 dekatta göğüs, abdomen ve ekstremitelerde yerleşen, asemptomatik, multipl papülokistik lezyonlarla karakterizedir. Ayırıcı tanıda milia, dermoid kist, perforan kollagenoz, steatokistoma multiplaks, trikilemmal kistler, pitrosporum follikülit, rozasea, adenoma sebaceum, epidermoid kist, siringoma düşünülmelidir (16,17).

i-AIDS: Eozinofilik püstüller follikülit ve stafilokokkal follikülit görülebileceği gibi androjenik veya anabolik hormon kullanımına bağlı AE gelişebilir. Hormon tedavisinin başlangıcından haftalar veya aylar sonra hormon dozunun artırılmasına bağlı olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Akut başlangıç, lokalizasyon, uniform morfoloji, histopatolojik bulgular ve CD₄ lenfosit sayısı ile korelasyon bulunmaması belirgin özelliğidir (18).

i-Sekonder AE: Akne sık yerleştiği yerlerde daha nadir olmak üzere olağandışı lokalizasyon ve yaşta gelişebilir. Radyasyon tedavisini takiben ortaya çıkabileceği gibi herpes zoster enfeksiyonundan 1 hafta sonra enfeksiyon bölgesinde AE oluşan bir olgu da bildirilmiştir (19).

j-Foliküler musinozis: Genç yaşta görülen, baş boyunda veya jeneralize yerleşen benign seyirli bir hastalıktır. AE tarzında multipl ufak papüler lezyonlar şeklinde kronik seyirli olgular da bildirilmiştir (20).

k-Dowling-Degos Hastalığı: Fleksural bölgeler, uyluklar, skrotum, yüz, boyun ve skalpte retiküler hiperpigmentasyonla karakterizedir. Ağız etrafındaki komedon benzeri lezyonlar, kistler, akneiform skarlar bazen tüm yüzü ve vücudu kaplayabilir. Bu durumda özellikle klorakne ile ayırt edilmesi gerekir (21).

l-Pitrosporum follikülit: Sırt, ön kollar, bacaklar, yüz ve skalpte hafif pruritik papül ve püstüllerin izlendiği, kronik bir erupsiyondur. Tinea versikolor veya seboreik dermatit ile birlikte görülebilir (4).

m-Miliarya püstüloza: Ektrin ter bezi obstrüksiyonuna bağlı ter retansiyonu sonucu ortaya çıkar (9).

n-Behçet sendromu: Yüz, ense, sırt, göğüs, ekstremiteler, gluteal ve genital bölgelerde lokalize, steril pruritik folliküler püstüllerle seyreder. Komedonlar eşlik ettiğinde akne vulgaristen ayrılması çok zordur (10).

o-Sfiliz: 2. Devirde geniş perifoliküler püstüllerle karakterize AE izlenebilir (9).

ö-Çinko eksikliği: Deneyisel çinko eksikliğinde yüz, boyun ve omuzlarda AE bildirilmiştir (22).

Kaynaklar

- 1-Plewig G, Jansen T. Acneiform dermatoses. *Dermatology* 1998; 196 (1): 102-7.
- 2-Breathnach SM. Drug reactions. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. *Textbook of Dermatology*, 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998; 3349-517.
- 3-Sehgal VN, Jain S. Acne and acneiform dermatoses. *J Indian Med Assoc* 1991; 89 (3): 80-1.
- 4-Arnold HL, Odom RB, James WD. *Andrews' Diseases of the Skin*, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1990: 250-67, 290, 350, 558-9, 904.
- 5-Cunliffe WJ, Simpson NB. Disorders of sebaceous glands. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. *Textbook of Dermatology*, 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998; 1927-84.
- 6-Precious DS, Hoffman CD, Miller R. Steroid acne after orthognathic surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74 (3): 279-81.
- 7-Tolman EL. Acne and acneiform dermatoses. In: Moschella SL, Hurley HJ, eds. *Dermatology*, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1992: 1477-92.
- 8-Litt JZ, Pawlak Jr WA. *Drug Eruption Reference Manual*. New York: The Parthenon Publishing, 1997: 485.
- 9-Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in General Medicine*, 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1993: 60, 727, 737, 749, 1768, 1788, 1801, 2384-5, 2712.

10-Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O, editörler. *Dermatoloji*, 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1994; 300, 396.

11-Gupta AK, Knowles SR, Gupta MA, Jaunkalns R, Shear NH. Lithium therapy associated with hidradenitis suppurativa: case report and a review of the dermatologic side effects of lithium. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32 (2 Pt 2): 382-6.

12-Heyl T, Barlow RJ. Thallium poisoning: A dermatological perspective. *Br J Dermatol* 1989; 121 (6): 787-91.

13-Foley P, Nixon R, Marks R, Frowen K, Thompson S. The frequency of reactions to sunscreens: Results of a longitudinal population-based study on the regular use of sunscreens in Australia. *Br J Dermatol* 1993; 128 (5): 512-8.

14-Zirn JR, Scott RA, Hambrick GW. Chronic acneiform eruption with crateriform scars. *Arch Dermatol* 1996; 132 (11): 1367-1370.

15-Kuhn CA, Helm TN, Bergfeld WF, Glanz S, Steck WD. Acneiform papules on the neck. *Arch Dermatol* 1995; 131 (3): 341-344.

16-Armstrong CR, Yeager JK, Vidmar DA. Multiple papulocystic lesions on the trunk. *Arch Dermatol* 1995; 131: 341-6.

17-Binhlam JQ, Gross AS, Onadeko OO, Dutt PL, King LE Jr. Acneiform eruption due to eruptive vellus hair cysts. *South Med J* 1992; 85 (3): 322-5.

18-Kwon PS, Maurer T, LeBoit PE, Aly R, Berger TG. Hormone-induced acneiform eruption in human immunodeficiency virus disease. *Arch Dermatol* 1998; 134(3): 374-6.

19-Stubbings JM, Goodfield MJ. An unusual distribution of an acneiform rash due to herpes zoster infection. *Clin Exp Dermatol* 1999; 18 (1): 92-3.

20-Wittenberg GP, Gibson LE, Pittelkow MR, el-Azhary RA. Follicular mucinosis presenting as an acneiform eruption: Report of four cases. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38 (5 pt 2): 849-51.

21-Kershenovich J, Langenberg A, Odom RB, LeBoit PE. Dowling - Degos Disease mimicking chloracne. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27 (2 pt 2): 345-8.

22-Taylor CM, Goode HF, Aggett PJ, Bremner I, Walker BE, Kelleher J. Symptomatic zinc

deficiency in experimental zinc deprivation. *J Clin Pathol* 1992; 45 (1): 83-4.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Pınar Yüksel Başak
SDÜ Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD
32040/ISPARTA
Tel: (0 246) 232 66 57/137